

# Результати проведення фізичної реабілітації хворих на хронічний гастрит

Григус І.М.

Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янука

## Анотації:

Мета дослідження – підвищити ефективність відновного лікування та фізичної реабілітації хворих на хронічний гастрит. Обстежено 44 пацієнти віком від 18 до 50 років з діагнозом хронічний гастрит, які знаходилися на санаторно-курортному лікуванні. Результати дослідження довели необхідність застосування фізичної реабілітації поряд з санаторно-курортним лікуванням хворих на хронічний гастрит. Ефективність застосування фізичної реабілітації при хронічному гастриті проявилась у зменшенні скарг у 80% хворих основної групи (зникнення болю, печії, відрижки), покращенні самопочуття.

**Григус И.М. Результаты проведения физической реабилитации больных хроническим гастритом.** Цель исследования – повысить эффективность восстановительного лечения и физической реабилитации больных хроническим гастритом. Обследованы 44 пациента в возрасте от 18 до 50 лет с диагнозом хронический гастрит, которые находились на санаторно-курортном лечении. Результаты исследования довели необходимость применения физической реабилитации вместе с санаторно-курортным лечением больных хроническим гастритом. Эффективность применения физической реабилитации при хроническом гастрите проявилась в уменьшении жалоб в 80% больных основной группы (исчезновение боли, изжоги, отрыжки), улучшении самочувствия.

**Grygus I.M. Results of realization of physical rehabilitation of patients by chronic gastritis.** Research aim – to promote efficiency of restoration treatment and physical rehabilitation of patients with chronic gastritis. 44 patients are inspected at the age from 18 to 50 with a diagnosis chronic gastritis, which were on sanatorium-resort treatment. Research results led to the necessity of application of physical rehabilitation together with sanatorium-resort treatment of patients with chronic gastritis. Efficiency of application of physical rehabilitation at chronic gastritis showed up in diminishing of complaints in 80% of patients of basic group (disappearance of pain, heartburn, belch), improvement of feel.

## Ключові слова:

хронічний гастрит, хворі, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж.

хронический гастрит, больные, физическая реабилитация, лечебная физическая культура, лечебный массаж.

chronic gastritis, patients, physical rehabilitation, medical physical culture, mas-sootherapy.

## Вступ.

Центральне місце у проблемі передракових станів шлунка займає хронічний гастрит – найпоширеніша хвороба шлунка. Вважається, що від 50 до 80% дорослого населення потерпають від хронічного гастриту [17]. Однак вірогідність оцінки поширення хвороби обмежена об'єктивними труднощами його діагностики. З одного боку, хронічний гастрит тривалий час може не мати клінічних симптомів, що дають привід для звернення до лікаря, а з іншого – верифікація діагнозу можлива лише на підставі морфологічного дослідження, що в подальшому впливає на проблему лікування [4].

Перспективним і новим напрямом консервативної відновної терапії хронічного гастриту може бути застосування фізичної реабілітації для прискорення процесів регенерації.

Робота виконана згідно теми: «Ефективність фізичної реабілітації осіб різного віку при порушенні функціонування систем організму» (номер державної реєстрації 0109U003032).

## Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

Мета дослідження – підвищити ефективність відновного лікування та фізичної реабілітації хворих на хронічний гастрит.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація хворих на хронічний гастрит.

Предмет дослідження – покращення стану хворих на хронічний гастрит з допомогою фізичної реабілітації.

## Результати дослідження.

Для проведення дослідження ми вибрали серед хворих, що перебували на санаторно-курортному лікуванні в санаторії «Червона калина», 44 пацієнти віком від 18 до 50 років, з діагнозом: хронічний гастрит. Методом рандомізації хворих розподілили на дві ідентичні групи: контрольну – 20 та основну

– 24 хворих. Хворі контрольної групи отримували стандартне лікування. Основна група додатково, за їх згодою, проходила курс запропонованої реабілітаційної програми. Всі хворі перебували в стані ремісії і підлягали інтенсивній реабілітації. Розподіл хворих за статтю та віком представлений у рис. 1.

З рис. 1 ми бачимо, що хворих контрольної та основної групи ми розподілили пропорційно за статтю та віком.

Програма фізичної реабілітації складалася і підбиралася для кожного пацієнта окремо з індивідуальним підходом. Враховувався вік, стать, ступінь і стадія захворювання, характер і протікання хвороби, при цьому дотримувалися усіх принципів реабілітації. Фізичні вправи проводились з урахуванням фізичного розвитку, фізичної підготовленості хворого, ступеня тренуваності, загального стану, самопочуття й наявності клінічних проявів хвороби. Також велику роль відіграв психоемоційний фактор і віра в саме відновне лікування. Для хворих на хронічний гастрит велике значення мало створення режиму психічного і фізичного спокою, повноцінного сну, дієти з високою енергетичною цінністю.

Реабілітаційні заходи ми спрямували на покращення емоційного та фізичного стану, профілактику ускладнень. Програма фізичної реабілітації включала в себе: загально-розвиваючі вправи, спеціальні вправи, рухливі ігри, масаж, загартування. За допомогою фізичної реабілітації ми намагалися покращити наступні показники: зменшити біль, загальну слабкість; нормалізувати сон, зменшити диспепсичні явища; зменшити печію та відчуття важкості у шлунку; нормалізувати апетит та прибрати нудоту; зменшити психози, дратівливість; покращити настрій.

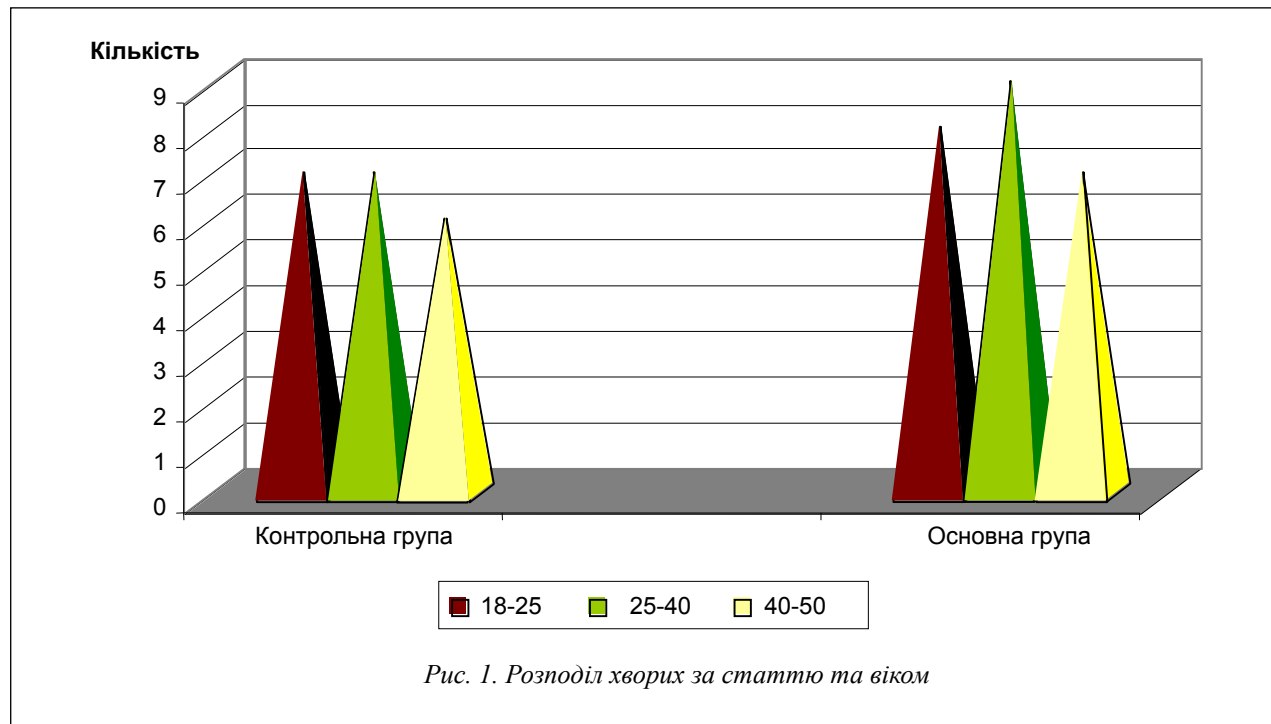
Фізичні навантаження давали вранці, вправи виконувалися в повільному темпі з невеликою кількістю їх повторень. Подальше збільшення навантаження

проводилося за рахунок великої кількості повторень, збільшення амплітуди й інтенсивності фізичних вправ. Використовувалася ранкова гігієнічна гімнастика, заняття лікувальної гімнастики з включенням спеціальних вправ для м'язів живота, дозовані прогулянки, екскурсії. При гіперацидному гастриті в першій половині курсу лікування проводилися елементарні фізичні вправи в повільному темпі, ритмічного характеру, в поєднанні з диханням. Загальне навантаження збільшувалося поступово, обмежувалися вправи для м'язів живота. В подальшому використовувалися дозовані прогулянки, екскурсії, рухливі й спортивні ігри.

При виконанні вправ ми вчили хворих користуватися діафрагмальним (черевним) диханням (живіт під час вдиху випинається, при видихові – втягується). При черевному диханні періодично змінюється внутрішньочеревний тиск, внаслідок цього зменшуються застійні явища і створюються сприятливі умови для роботи органів травлення.

Фізичну реабілітацію проводили в три періоди в залежності від розвитку захворювання.

*Перший період* починався в разі сприятливого перебігу захворювання. На фоні загально-зміцнювальних вправ призначали вправи для грудного і діафрагмаль-



Таблиця 1

*Динаміка клінічної симптоматики у хворих основної групи в процесі фізичної реабілітації*

| Симптоми                       | На початку | Через 5 діб | Через 10 діб | Через 15 діб | Через 20 діб |
|--------------------------------|------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Біль у надчеревній ділянці     | 7 (29,2)   | 5 (20,8)    | 2 (8,3)      | 2 (8,3)      | 1 (4,2)      |
| Тяжкість у надчеревній ділянці | 17 (70,8)  | 12 (50,0)   | 8(33,3)      | 3 (12,5)     | 2 (8,3)      |
| Швидке насичення               | 20 (83,3)  | 12 (50,0)   | 7(29,2)      | 5 (20,8)     | 3 (12,5)     |
| Нудота                         | 18 (75,0)  | 15 (62,5)   | 12(50,0)     | 8 (33,3)     | 5 (20,8)     |
| Блювання                       | 2 (8,3)    | —           | —            | —            | —            |
| Гіркота в роті                 | 5 (20,8)   | 4 (16,7)    | 4 (16,7)     | 3 (12,5)     | 4 (16,7)     |
| Здуття живота                  | 14 (58,3)  | 11 (45,8)   | 10(41,7)     | 7 (29,2)     | 5 (20,8)     |
| Закреп                         | 8 (33,3)   | 7 (29,2)    | 6 (25,0)     | 7 (29,2)     | 5 (20,8)     |
| Діарея                         | 4 (16,7)   | 4(16,7)     | 3 (12,5)     | 3 (12,5)     | 2(8,3)       |
| Зниження апетиту               | 15 (62,5)  | 9 (37,5)    | 5 (20,8)     | 3 (12,5)     | 1 (4,2)      |
| Загальна слабкість             | 11 (45,8)  | 10 (41,7)   | 8 (33,3)     | 9 (37,5)     | 7 (29,2)     |

Примітка. В дужках наведено показники у відсотках.

ного дихання. Це легкі й неповні повороти, піднімання таза, грудної клітки з упором на лікті. Використовували вправи для посилення кровообігу в малому тазу, щоб протидіяти застійним явищам. Тривалість занять була 15-20 хв.

*Другий період* починався з припиненням загострення та початком нормалізації стану хворого. Заняття ми проводили індивідуально або невеликими групами в кабінеті лікувальної фізкультури. Тривалість 20-25 хв. Поряд із загально-зміцнювальними вправами застосовували дихальні вправи, поступово включали вправи для черевного преса (спочатку для прямих м'язів, потім для косих – поперечних м'язів живота). Використовували вправи зі снарядами (гантелі, м'ячі) і на снарядах, виси на гімнастичній стінці.

*Третій період* співпадав з закінченням лікування хворого в санаторії. Заняття проводили індивідуально, частіше групами, в кабінеті лікувальної фізичної культури або на спеціальному майданчику тривалістю 20-30 хв. Застосовували загально-зміцнювальні вправи, дихальні вправи й вправи для черевного преса. Вправи зі снарядами і на снарядах в основному такі самі, як і в другому періоді, але з більшою амплітудою і складнішою координацією. Збільшували кількість снарядів, повторень, тривалість занять. Крім того, включали біг, ігри (волейбол), веслування.

Завдання масажу: нормалізація психоемоційного стану, сну, зняття болю, прискорення окисно-обмінних процесів і регенерації слизової оболонки.

Проводили масаж комірцевої області, спини (сегментарний вплив на шийно-грудний відділ хребта) і черевної стінки. Масаж живота виконувався при максимально розслаблених м'язах черевної стінки. Застосовували площинне погладжування, розтирання, розминання м'язів черевної стінки, косих м'язів живота, а також вібрацію. Потім по ходу товстого кишечника (починаючи з висхідної його частини) проводили погладжування кінчиками пальців правої руки. Прийоми погладжування повторювали 4-6 разів, після чого робили трохи поверхневе кругове погладжування, щоб дати черевній стінці відпочити, а потім проводили постукування кінчиками пальців по ходу кишечника і його струс для впливу на стінку. Закінчували масаж черевної стінки площинним поглажуванням і діафрагмальним диханням. Тривалість масажу 10-15 хв.

У результаті проведення фізичної реабілітації у пацієнтів основної групи відмітили позитивну динаміку клінічних симптомів (табл. 1).

Критеріями ефективності курсу фізичної реабілітації була наявність чи відсутність болювого синдрому і порушення фізіологічної функції шлунку, комп'ютерна діагностика з локалізацією вогнища в шлунку і інтенсивність болю до і після проходження комплексу процедур, порівняння тривалості запального процесу із застосуванням методів фізичної реабілітації.

Вже на 5-10 добу від початку відновного лікування помітним був терапевтичний ефект. Зменшився вияв або зовсім зникли такі симптоми, як тяжкість у надчеревній ділянці, швидке насичення, нудота.

Значно підвищувався апетит. Практично зникла гіркота в роті, діарея, закреп. Отже, фізична реабілітація сприяє зменшенню саме характерних для хронічного гастриту симптомів.

Також фізична реабілітація помірно впливала на шлункову кислотність. У 3 (12,5%) хворих вона нормалізувалася, у 8 (33,3%) пацієнтів приблизилася до норми. Однак слід зазначити, що у 9 (37,5%) пацієнтів кислотність на тлі відновного лікування не змінилася.

Проводячи аналіз медичних карток хворих, які брали участь у проведенні досліджень, журналів обліку масажних процедур, лікувальної фізичної культури, встановлено, що у пацієнтів основної групи спостерігалось значне покращення загального стану організму, зменшення болю, покращення сну, поява апетиту, відчуття печії у роті зникло.

За результатами проведеного дослідження пацієнтів основної групи з 24 пацієнтів з незначно вираженим больовим синдромом у 14 (58,3%) пацієнтів наступила повна ремісія, а у 6 (25,0%) пацієнтів залишилась слабка біль, тобто наступила часткова ремісія.

Виходячи з результатів проведеного дослідження, можна сказати, що засоби фізичної реабілітації є невід'ємною частиною в лікуванні хронічного гастриту. Раціональне і комплексне їх використання сприяє зниженню запального процесу, запобіганню ускладнень, зниженню больового синдрому, усуненню неприємних відчуттів у шлунку і покращенню загального стану хворих.

### Висновки.

Ефективність застосування фізичної реабілітації при хронічному гастриті проявилась у зменшенні скарг у 80% хворих основної групи (зникнення болю, печії, відрижки), покращенні самопочуття (сон, настрою, апетит).

Результати дослідження довели необхідність застосування фізичної реабілітації поряд з санаторно-курортним лікуванням хворих на хронічний гастрит та *перспективи подальших досліджень* ефективності в залежності від типу гастриту.

### Література.

1. Князев М.В. Атрофия слизистой оболочки желудка как предраковое заболевание: методы диагностики / М.В. Князев //Клин. эндоскоп. – 2008. – № 4. – С. 2–12.
2. Лапина Т.Л. Хронический гастрит и рак желудка: последовательные или независимые события? / Т.Л. Лапина //Сучасна гастроентерол. – 2009. – № 1. – С. 96–98.
3. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь / С.И. Пиманов. – М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2000. – 378 с.
4. Саркісова Е.О. Особливості реабілітації осіб із захворюваннями органів травлення, які потерпіли внаслідок Чорнобильської катастрофи / Е.О. Саркісова, Д.М. Якименко, І.М. Кожура. // Гастроентерологія: Відомчий збірник. – Дніпропетровськ, 2000. – Вип. 31. – С. 333 – 338.
5. Філіппов Ю.О. Стан показників здоров'я населення та адміністративних територій України та діяльності гастроентерологічної служби / Ю.О. Філіппов, З.М. Шмігель //Гастроентерологія. – Вип. 34. – Дніпропетровськ, 2003. – С. 3–12.

Надійшла до редакції 03.01.2011 р.  
Григус Игорь Михайлович  
grigus.igor@yandex.ru